

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 194

De la
TORSION des FIBRÔMES UTÉRINS
pendant les
Suites de Couches

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 14 Janvier 1924

PAR

Yovan PÉTROVITCH

né à NÉGOTIN (Serbie), le 13 Juin 1898



LYON

Imprimerie BOSC FRÈRES & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924



DE LA TORSION DES FIBROMES UTÉRINS
PENDANT LES SUITES DE COUCHES

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 194

De la
TORSION des FIBROMES UTÉRINS
pendant les
Suites de Couches

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 14 Janvier 1924

PAR

Yovan PÉTROVITCH

né à NÉGOTIN (Serbie), le 13 Juin 1898



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire..... MM. H. HUGOUNEQ.
Doyen J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAMZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales..... MM. BARD.
Cliniques chirurgicales..... ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements..... TIXIER.
Clinique ophtalmologique..... BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique..... ROLLET.
Clinique des maladies des enfants..... NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes..... LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires..... POLLOSSON (A.).
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie..... LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie..... ROCHET.
Chimie biologique et médicale..... NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie..... CLUZET.
Matière médicale et Botanique..... HUGOUNEQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale..... MOREL.
Anatomie BRETIN.
Histologie GUIART.
Physiologie LATARJET.
Pathologie interne..... POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales..... DOYON.
Anatomie pathologique..... COLLET.
Chirurgie opératoire..... MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie..... PAVIOT.
Médecine légale..... VILLARD.
Hygiène ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie..... Etienne MARTIN.
Pharmacologie COURMONT (P.).
PIC.
X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe..... MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie..... CONDAMIN.
— — Chimie minérale..... BARRAL.
— — Urologie GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique..... MM. PATEL.
Orthopédie LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance..... CHATIN.
Chirurgie expérimentale..... LERICHE.
Stomatologie TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
GARIN.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
SAVY.	TRILLAT.	FÈVRE.	DUNET.
FROMENT.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
PIERY.	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. COMMANDEUR, *président*; COTTE, *assesseur*;
TRILLAT et RENTHER, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Je lui dédie ce modeste ouvrage, bien
faible témoignage de profonde affection
et de gratitude filiale.

A UNE PERSONNE
QUI M'EST TRÈS CHÈRE

A MES SŒURS ET FRÈRES

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COMMANDEUR

Professeur de Clinique d'Accouchement

Officier de la Légion d'Honneur

Nous sommes heureux de le remercier de l'intérêt qu'il a bien voulu nous témoigner en nous inspirant cette thèse et en nous faisant l'honneur d'accepter la présidence de notre Jury. Nous l'assurons de notre très respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RHENTER

Qui a bien voulu nous guider de ses précieux conseils dans l'élaboration de ce travail. Nous l'assurons de notre bien vive reconnaissance et de notre meilleur souvenir.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE RÉEB

Chargé de Cours

à la Faculté de Médecine de STRASBOURG

A MES JUGES

A MES MAITRES

des Hôpitaux et de la Faculté de Médecine
de Lyon

AVANT-PROPOS

Nos études terminées et à la veille de rejoindre notre patrie, nous voulons, obéissant moins à un usage qu'à un sentiment spontané, exprimer nos sentiments de reconnaissance à nos Maîtres des Hôpitaux et de la Faculté de Médecine de Lyon qui ont dirigé nos études avec autant de savoir que de bienveillance. Toute notre modeste science médicale est le résultat de l'intérêt qu'ils nous ont témoigné et nous les prions d'agréer ici l'hommage de notre respectueuse gratitude.

D'autre part, nous tenons à exprimer aussi notre profond sentiment de reconnaissance à l'égard du noble pays de France, qui nous a donné si généreusement son hospitalité au moment où nous étions contraint de quitter notre Patrie, chassé par la brutale invasion de nos ennemis communs.

Pendant les sept années de notre séjour dans ce beau et grand pays, nous avons reçu partout le meilleur accueil avec une hospitalité toujours large et bienveillante.

Nous ne l'oublierons jamais, et choisirons toutes les occasions pour affirmer que notre cœur est resté fidèle à notre seconde Patrie.

DE LA TORSION DES FIBROMES UTÉRINS PENDANT LES SUITES DE COUCHES

INTRODUCTION

En consacrant notre travail inaugural à l'étude de la torsion des fibromes utérins pendant les suites de couches, nous pensions prendre comme type l'observation que nous devons à l'obligeance de M. le Professeur Commandeur et la rapprocher de cas similaires.

Mais, malgré toutes les recherches que nous avons entreprises, tant dans les services hospitaliers lyonnais que dans la littérature médicale, nous n'avons pu trouver qu'une seule autre observation se rattachant à notre étude : nous la devons à M. le Docteur Réeb, de Strasbourg. Force nous est donc de limiter notre travail à l'étude de ces deux cas et à baser sur eux seuls les quelques considérations que nous croyons en pouvoir retirer.

Nous avons cru utile de faire précéder cette étude d'un résumé de nos recherches bibliographiques. Elles démontrent précisément que si la torsion des fibromes en général (pendant ou en dehors de la grossesse) a fait l'objet de recherches diverses basées sur un certain nombre d'observations, il n'est nulle part fait mention de ces accidents au cours du post-partum.

CHAPITRE PREMIER

Recherche bibliographique.

En 1842, Rokytansky aborda le premier la question sur la torsion des tumeurs abdominales.

Mais, pour nous rapprocher des faits qui se rapportent davantage à l'étude qui nous occupe, il faut remonter au travail de Vercoutre (1879). L'auteur en étudiant la question de la torsion des organes et les néoplasmes de l'abdomen, aborde à son tour la question de la torsion des fibromes utérins et à cette occasion rapporte un cas personnel observé en dehors de la grossesse, un cas analogue de Kœberle, et un autre dû à Cappi (publié déjà avant en 1875) qui fut observé au cours de la grossesse.

Cependant il semble que les premières observations en date, furent, celle de Times, parue en 1861, et celle de Wirchow en 1863. Mais ces deux cas ne sont que des trouvailles d'autopsie et n'ont fourni aucune étude clinique.

Terillon étudie la torsion des kystes de l'ovaire et aborde à son tour la question de la torsion des fibromes utérins, toujours sans mentionner les cas observés pendant les suites de couches.

En 1891, Timmers et, en 1893, Günther, étudient dans leurs thèses la torsion des fibromes utérins en général, en rapportant plusieurs cas nouveaux.

En 1893, Herteaux cite un cas personnel et trois ans plus tard viennent se succéder les observations de Schwartz et Mermet, et de Delannay et Pilliet.

En 1897, paraissent les thèses de Macé et de Planque. Les auteurs en traitant la question sur la torsion des fibromes utérins rapportent quelques-unes des observations précédentes, en y ajoutant deux nouvelles.

En 1899, Ferroni-Ersilio rapporte deux observations nouvelles, et un an après, Schwartz présente à la Société d'obstétrique un cas de torsion pédiculaire de fibrome utérin où, pour la première fois, le diagnostic avait été posé avant l'intervention.

En 1901, alors que jusqu'à ce jour nous n'avons rencontré que les cas observés en dehors de la gestation, l'exception faite pour le cas de Cappi, cité plus haut, nous voyons paraître des observations relevées au cours de la grossesse par MM. Maygrier et Routier.

En 1902, Gift étudie dans sa thèse « la torsion d'un gros fibrome sous-péritonéal de l'utérus » non grave, et peu de temps après, Bernard, reprenant dans sa thèse l'étude de cette torsion, en signale trois nouveaux cas.

En 1904, paraît la thèse Weinberg. Dans son travail peu documenté, l'auteur ne fait que rapporter quel-

ques-unes des observations classiques en y ajoutant une nouvelle.

En 1906, la question sur la torsion des fibromes utérins au cours de la grossesse fut, pour la première fois, mise au point par MM. Lepage et Mouchotte dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*. Dans la même année, Berniolle, dans sa thèse, fait l'étude sur « les fibromes de l'utérus sous-péritonéaux, à pédicule tordu au cours et en dehors de la grossesse », en même temps que Bas consacre sa thèse à l'étude « de la torsion des fibromes et de l'utérus fibromateux ».

En 1907, Blanchard reprend la question sur la torsion des fibromes utérins au cours de la grossesse en s'appuyant sur le travail de Lepage et Mouchotte et réunit 9 observations publiées jusqu'à ce jour.

En 1908, M. Berard présente à la Société de Chirurgie de Lyon un nouveau cas de torsion de fibrome utérin au cours de la grossesse.

En 1909, Piquand et Lemeland publient un article sur « la torsion des fibromes utérins sous-séreux et interstitiels ». En même temps paraît la thèse de Lemeland sur le même sujet, mais dans ce travail très complet où la question fut abordée admirablement, nous avons pu constater que parmi les nombreuses observations que l'auteur a pu réunir jusqu'à ce jour, aucune ne relatait la torsion de fibrome pendant les suites de couches. De plus dans ce travail, l'auteur, en faisant la statistique sur 80 observations réunies, dont seulement 12 au cours de la grossesse, remarque « qu'aucune observation n'a trait à une torsion de la période réelle de l'involution utérine, soit une période

de un mois après l'accouchement pour faire la part large ».

Dans la même année, Marek publie un cas sur la torsion de fibrome utérin au cours de la grossesse et Nordmark rapporte dans sa thèse deux nouvelles observations sur cette torsion, mais en dehors de la puerpéralité.

En 1910, Vautrin, dans un mémoire bien documenté étudie la torsion axiale de l'utérus fibromateux et aborde en même temps la question de la torsion du fibrome lui-même. A cette occasion nous trouvons de nouveau la remarque suivante : « *Dans aucun fait, on ne voit signaler la torsion pendant la période de l'involution utérine, c'est-à-dire dans les semaines qui suivent l'accouchement.* »

En 1911, Torimaru, dans sa thèse inaugurale de Munich, rapporte une observation personnelle et en même temps, paraissent deux nouveaux cas sur la torsion des fibromes utérins ; l'un observé par Gazin et l'autre par Curchod.

En 1912, Carret, dans sa thèse, reprend l'étude de la torsion des fibromes utérins, mais n'envisage que les cas observés en dehors de la puerpéralité et rapporte une nouvelle observation, due à MM. Patel et Perrin.

En 1913, Ovi, S. Pozzi, et G. Rouhier nous fournissent de nouveaux cas observés également en dehors de la grossesse, et Gaston Vialle, en étudiant dans sa thèse les complications des fibromes utérins, cite la possibilité de la torsion de ces derniers et nous rapporte un cas inédit dû à Tédénat.

En 1914, se succèdent deux cas relevés pendant la grossesse ; l'un dû à Paucot et Paquet, et l'autre à Xavier Bender.

En 1916, Vanverts publie une nouvelle observation sur la torsion d'un fibrome utérin, mais en dehors de la grossesse, et Albeck nous rapporte un cas analogue.

En 1921, M. Plauchu rapporte un cas de fibrome de l'utérus gravide tordu sur son pédicule et conclut que dans ce cas l'opération formellement indiquée a permis de respecter pleinement la fonction et Guyot présente un cas analogue, mais en dehors de la grossesse.

Enfin, en 1923, Keller communique une nouvelle observation, qui se rapporte à la torsion d'un fibrome pédiculé. A propos de ce cas, Dembrin et Bernardbeig discutent deux autres observations qu'ils ont eu l'occasion de relever.

D'autres cas ont peut-être échappé à nos recherches, mais nous pensons en avoir cités suffisamment pour pouvoir justifier notre recherche bibliographique, qui ne nous a pas permis de relever jusqu'à présent une seule observation sur la torsion des fibromes utérins pendant les suites de couches. Cela nous permet de conclure que pareil accident doit être considéré comme très rare.

Nous croyons donc intéressant de transcrire *in extenso* les deux observations de torsion survenue pendant les suites de couches, vue la rareté de ces cas et l'intérêt qu'il y a au point de vue thérapeutique à ne pas les méconnaître.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

(Clinique obstétricale de l'Université de Lyon
(Professeur COMMANDEUR)

*Fibrome sous-péritonéal à pédicule tordu, compliquant
les suites de couches. Hystérectomie sub-totale ;
guérison.*

Mme P..., âgée de 38 ans, couturière, entre à la Clinique obstétricale le 10 octobre 1921, présentant les premiers symptômes du travail.

Antécédents héréditaires: Père vivant, bien portant et actuellement âgé de 84 ans, Mère morte à 44 ans. 14 sœurs et frères, dont 10 morts en nourrice et une sœur morte à 39 ans atteinte d'héméplégie.

Antécédents personnels: Nourrie au biberon; ne se souvient pas de l'âge de ses premiers pas. Régulée à 14 ans. Les règles assez irrégulières, survenant en retard, durant en moyenne quatre jours; ne sont pas très abondantes mais elles sont parfois très douloureuses.

Leucorrhée dans les jours qui précèdent et suivent immédiatement les règles. N'a jamais eu d'autre maladie qu'une scarlatine dans l'enfance.

Pas de stigmates de syphilis ou de tuberculose. Son mari est âgé de 39 ans et se porte bien.

En octobre 1920, la malade aurait consulté un médecin parce qu'elle souffrait de douleurs abdominales s'irradiant du côté gauche de l'abdomen. On lui fait une série de tamponnements vaginaux pour « congestion de l'ovaire gauche ».

Les dernières règles datent du 14 janvier 1921. La malade présente au cours de sa grossesse de l'œdème des deux jambes mais elle dit ne pas avoir eu d'albuminurie à cette époque.

Il y a un mois, elle consulte M. le Docteur Rhenter qui porte le diagnostic de « fibrome du fond de l'utérus compliquant la grossesse ».

Accouchement le 11 octobre : Naissance, après 9 h. 30 de dilatation et 2 heures d'expulsion, d'une fille morte-née. Le cordon, qui mesure 90 cm., présente 7 circulaires autour du cou, (à l'autopsie rien à signaler, en particulier les recherches du spirochète dans le foie et dans la rate sont négatives). La délivrance se fait spontanément après deux heures d'attente par simple expression. Le placenta pèse 650 grammes ; pas d'hémorragies consécutives.

Le 19 octobre. — Depuis son accouchement la malade n'a pas présenté de température jusqu'à ce jour, mais elle n'a pas cessé de se plaindre de douleurs abdominales s'irradiant surtout à gauche et dont l'intensité va plutôt en croissant.

Le 20 octobre. — La température monte ce matin à 38° et atteint ce soir 40°. La malade accuse en ce moment une douleur abdominale violente avec tendance syncope. Le palper du ventre est rendu à peu près impossible. La malade se plaint d'une céphalée intense et en même temps présente de la constipation.

Le 21 octobre 1921. — La température est descendue à 38° à la suite de l'administration d'un lavement, mais elle remonte le soir et atteint 40°2. Le ventre reste toujours très douloureux et difficile à palper sans que l'on puisse localiser la douleur. Il n'y a pas de vomissements.

Le 22 octobre. — La température du matin est à 39°, et à l'examen de la malade, qui fut pratiqué ce jour, on perçoit : a) l'utérus dont le fond est à 11 cm. au-dessus de la symphyse pubienne, mesurant 10 cm. 5 dans le sens transversal, et en latéro-version à droite ; b) sur la partie droite du fond de l'utérus, on arrive à délimiter une tumeur bosselée coiffant le corps de l'utérus et qu'elle déborde en avant et sur le côté droit. Le toucher négatif.

En même temps le palper reste très douloureux, l'état général de la malade est devenu très altéré, le pouls battant à plus de 100. Il n'y a pas de vomissements.

Devant ces phénomènes graves, la malade est dirigée immédiatement à la salle Sainte-Madeleine où elle fut opérée le même jour (le 22 octobre) par M. le Docteur Mollin. On fait une laparotomie sous-ombilicale médiane. On trouve un gros fibrome du fond de l'utérus, assez bien pédiculé et tordu, en voie de sphacèle. L'extériorisation est facile, et on pratique une hystérectomie subtotale sans conservation ovarienne. Grillage du col et drainage ; péritonisation basse.

Les suites opératoires sont excellentes. Mais quelques jours après, le 28 octobre 1921, la malade est atteinte d'une parotidite droite, qui n'aboutit pas à la suppuration. Elle quitte le service, guérie des accidents qu'elle présentait avant l'intervention.

Examen de la pièce : L'utérus légèrement tordu sur son axe, de façon que sa face antérieure regarde un peu à gauche quand il repose sur le plateau. Il mesure de son fond à l'amputation cervicale 17 cm 9, de son fond à la zone d'insertion fixe de son péritoine 9 cm 8 ; et d'un orifice tubaire à l'autre 7 cm 9.

Les deux ovaires sont en place et volumineux. On note sur l'ovaire droit la cicatrice du corps jaune. Exactement sur la ligne médiane, un peu en arrière du plan frontal, sur la partie supérieure de la face postérieure de l'utérus, s'insère un fibrome multilobé en forme de croissant. Ce fibrome est orienté dans le sens transversal, sa concavité reposant sur le fond de l'utérus. Il mesure dans sa dimension transversale, qui est la plus grande, 13 cm 1 ; dans



Obs. 1 (1940 postérieure) l'utérus tordu pendant post-partum.

le sens antéro-postérieur 6 cm 3, et dans le sens vertical 6 cm 9.

Ce fibrome est pédiculé et relié au point d'implantation utérine par un pédicule court, épais et large de 2 cm. Par rapport à la tumeur, ce pédicule s'insère sur la face inférieure, concave, à égale distance des deux extrémités du grand axe, un peu plus près de la face postérieure que de la face antérieure. En vue postérieure (voir figure) et du fait de la lobulation irrégulière de la tumeur, la moitié qui se trouve à gauche de l'insertion du pédicule est sensiblement plus volumineuse que celle qui se trouve à droite.

Primitivement ce fibrome devait être orienté dans le sens sagittal, sa plus grande dimension se trouvant alors antéro-postérieure, mais il a subi un mouvement de torsion de 90° environ qui l'a amené dans sa position actuelle. Le sens de la torsion est celui des aiguilles d'une montre, c'est-à-dire de gauche à droite.

Le fibrome présente sur sa surface une vascularisation assez marquée. Il est de consistance dure et ne présente pas de zone de ramollissements.

OBSERVATION II (Inédite) (1)

(Due à l'obligeance de M. le Docteur RÉEB)

Cas de fibrome utérin sous-péritonéal à pédicule tordu compliquant les suites de couches. Myomectomie. Guérison.

Il s'agit d'une femme âgée de 42 ans, tertipare. L'examen pratiqué immédiatement après l'accouchement par M. le Docteur Réeb, permet de sentir dans la partie droite

(1) Sur ce cas observé par M. RÉEB en clientèle privée, en 1905, nous n'avons eu que quelques renseignements, dus à son obligeance, qui nous ont permis de reconstituer cette observation.

de l'utérus une tumeur dure, très mobile, de la dimension d'une petite mandarine qui est considérée comme un fibrome pédiculé.

Quinze jours après l'accouchement, la malade est prise brusquement de vives douleurs au niveau de l'abdomen, à noter des signes nets de réaction péritonéale. La température ne s'élève pas au-dessus de 38°.

L'examen abdominal pratiqué à ce moment permet de constater que la petite tumeur, si bien sentie immédiatement après l'accouchement, est devenue très sensible à la palpation, et semble s'être ramollie.

Après deux jours d'attente, on se décide à intervenir. L'opération permet de constater la torsion du pédicule de ce fibrome de plus de 270°. La tumeur elle-même est bleu foncé, présentant quelques adhérences avec l'épiploon. A noter que le pédicule est mince et mesure environ 4 cm. On pratique l'extirpation de la tumeur par myomectomie très simple.

Les suites opératoires sont tout à fait normales.

CHAPITRE III

Réflexions et Essais d'Explications pathogéniques.

Il s'agit, en somme, dans la première observation, d'une femme chez laquelle un volumineux fibrome, pédiculé du fond de l'utérus qui n'es'est manifesté, soit avant, soit pendant la grossesse, par aucun symptôme précis. Tout au plus, peut-on lui rattacher certains phénomènes douloureux accusés chez la malade un an avant le début de sa grossesse ; ils ne furent d'ailleurs pas rapportés à cette cause par le médecin qui la soigna à cette époque.

Le diagnostic sur l'existence d'un fibrome utérin fut bien porté, au cours de la grossesse, mais seulement à la suite d'un examen en quelque sorte méthodique, sans que rien, dans les symptômes fonctionnels, n'attirât l'attention sur l'existence de la tumeur.

Les accidents de la torsion survinrent au huitième jour des suites de couches. Ils ne furent pas diagnostiqués à proprement parler, mais on avait, dès le len-

demain de l'accident, été frappé par la persistance des phénomènes douloureux qui allèrent en se précisant jusqu'à l'épisode aigu.

Celui-ci se caractérisa essentiellement par une douleur abdominale brusque et violente, accompagnée d'une ascension de température à 40°2.

Cet état se maintint deux jours et l'on posa, en présence de la continuité des accidents, le diagnostic d'une réaction du côté du fibrome et l'indication d'une intervention immédiate. Celle-ci permit de constater qu'il s'agissait d'un fibrome tordu sur son pédicule et consista dans une *hystérectomie sub-totale*.

Chez la seconde malade (Obs. II), les renseignements que nous possédons, grâce aux explications que M. le Docteur Réeb a bien voulu nous fournir, nous permettent de conclure à *la torsion très prononcée d'un fibrome pédiculé, très peu volumineux, inséré latéralement par rapport à l'utérus. Les accidents se produisirent au quinzième jour, s'accompagnant de réactions péritonéales et furent traités par la myomectomie.*

On doit se demander, en présence de ces accidents dont la recherche de cas analogues nous a montré le caractère exceptionnel, quelle peut en être la pathogénie ?

La première condition, pour qu'un fibrome se torde, c'est que cette tumeur soit sous-péritonéale et que, comme telle, elle puisse présenter un pédicule ; qu'il s'agisse d'ailleurs de la torsion en dehors de la grossesse, pendant la grossesse ou, comme dans le cas particulier, pendant les suites de couches.

Or, chez nos deux malades, il existait bien un pédicule. Ce pédicule était, dans l'Obs. I, court, épais et large de 2 centimètres. Dans les cas ordinaires, si la torsion de tels pédicules est considérée comme plus rare que celle des pédicules longs et grêles, elle n'en est pas moins possible. La torsion, en pareil circonstance, est habituellement moins prononcée et nous l'avons vue effectivement, chez cette malade, se limiter à 90°. Par contre, dans l'Obs. II, le pédicule était long de plus de 4 centimètres et grêle, ce qui a permis une torsion plus prononcée, de 270°.

Chez cette seconde malade, l'explication de la torsion paraît alors assez simple. Le fibrome, de petite dimension, inséré latéralement par un pédicule assez long et grêle, s'est, en somme, comporté comme un kyste de l'ovaire, dont on connaît la torsion relativement fréquente pendant les suites de couches (*in Thèse Teissier*). La rareté de l'accident pour les fibromes peut précisément s'expliquer par leur connexion en quelque sorte plus étroite avec la masse utérine et leur mobilité moins grande de ce fait.

Tel était précisément le cas de la malade de l'Observation I. Chez elle, le pédicule était inséré sur le fond de l'utérus un peu en arrière du plan frontal, mais exactement sur la ligne médiane. Cette disposition est intéressante, car, si l'implantation médiane du pédicule par rapport au plan sagittal de l'utérus n'est pas *a priori* et dans les conditions habituelles favorable à la torsion, on conçoit que, sur un plan postérieur au plan frontal, elle facilite la mise en jeu des phénomènes de pression.

Par rapport au fibrome, ce pédicule s'insère sensiblement au milieu de la face inférieure de la tumeur. Mais celle-ci est de forme irrégulière, lobulaire ; il en résulte, par rapport à l'insertion du pédicule, un partage de la tumeur en deux moitiés inégales, la moitié gauche (sur une vue postérieure pour nous rapporter à notre figure) devenant sensiblement plus volumineuse que la moitié droite.

Il s'agit donc d'un fibrome pédiculé, inséré sur la partie supérieure de la face postérieure de l'utérus, présentant, par rapport au pédicule, deux bras de levier sensiblement égaux dans leurs dimensions, mais inégaux dans leurs poids et leurs volumes. Comment, dans ces conditions, peut-on chercher à expliquer le phénomène de la torsion qui a paru se produire d'une façon brusque au huitième jour des suites de couches ? Deux facteurs semblent pouvoir être invoqués :

1° Le vide intra-abdominal, dû à la dépression brusque de l'utérus gravide, modifie d'une façon considérable la pression s'exerçant sur cet organe et ceux voisins et, d'une façon générale, les conditions de la statique. Le fibrome se trouvant alors en déséquilibre peut se déplacer et, au cours de ce déplacement, la torsion peut se produire.

Cependant, il faut tenir compte d'un fait en apparence *paradoxal* : à savoir, la longueur même du pédicule, qui peut, dans d'autres cas, favoriser la descente dans l'excavation pelvienne et la mise à l'abri des modifications de la pression intra-abdominale. Mais, dans le cas particulier où la tumeur est rattachée par un pédicule court à la région médiane du

fond utérin, le fibrome qui le coiffait véritablement n'a pu que subir avec lui le lent mouvement de descente qu'accompagne l'involution utérine. La tumeur est, par conséquent, restée intra-abdominale pendant tout le début du post-partum.

2° Ce fibrome intra-abdominale a donc pu subir l'action des pressions modifiées qui se sont produites à l'intérieur de la cavité abdominale, et il nous paraît logique d'admettre que ces pressions s'exerçant plus efficacement sur la moitié la plus volumineuse de la tumeur ont fini, à un moment donné, grâce à un mouvement d'abord lent, puis brusque, par amener en avant cette moitié gauche et à réaliser la torsion de 90° qui a été constatée. A ce degré de torsion, la réaction abdominale s'est produite et le syndrome s'est trouvé réalisé.

Donc, un concours de conditions parmi lesquelles il faut mettre, semble-t-il, et surtout en vedette, la situation de la tumeur coiffant le fond utérin, son irrégularité la divisant par rapport au pédicule en deux moitiés, de volume inégal, permettrait, suivant cette conception, d'expliquer pourquoi, dans ce cas, s'est produite cette torsion et l'on peut aussi, peut-être, mieux en comprendre le caractère exceptionnel.

L'interprétation du phénomène de la torsion de ces deux fibromes, telle que nous venons de l'exposer, nous paraît satisfaire mieux l'esprit que les théories diverses qui cherchent à expliquer le déplacement des fibromes : Alternatives de réplétion et de vacuité de la vessie et du rectum (Rokytansky, Vercoûtre, Tait et Klob); déplacement de la tumeur par

la contraction utérine (Potheral) ; mouvements brusques du corps (Rokytansky et Vertheim), ou pendant l'exploration médicale (Kœberlé, Campenon). Toutes ces causes nous paraissent insuffisantes à déterminer pareil accident ; elles furent d'ailleurs incriminées, par la plupart des auteurs, pour les kystes de l'ovaire. Or, ces derniers se trouvent placés dans des conditions différentes et plus favorables que les fibromes utérins. Exception faite, peut-être, pour l'Observation II, où le pédicule long et grêle et s'implantant latéralement, semblait donner à la tumeur toute la mobilité d'un kyste de l'ovaire, ce que nous avons mentionné plus haut.

De plus, signalons aussi, avec Piccini, l'influence possible des adhérences préalables et d'un accroissement plus ou moins rapide de la tumeur. Enfin, notons l'opinion de Carret (*in Thèse* de Lyon), qui attribue une importance primordiale aux mouvements péristaltiques de l'intestin et aux adhérences que ce dernier aurait pu contracter avec le fibrome. Mais, dans ce dernier point, on peut se demander : 1° si les mouvements de l'intestin sont suffisamment énergiques pour mobiliser une tumeur d'un certain volume ; 2° si les adhérences libres intestinales sont assez serrées pour que les contractions intestinales agissent nécessairement sur la tumeur elle-même. A l'appui de ceci, nous notons les faibles adhérences que présentait, dans l'Observation II, le fibrome avec l'épiploon. En outre, ne serait-il pas possible que les adhérences, si elles ne sont pas très lâches, contribuent, non pas à mobiliser la tumeur, mais au contraire à la fixer.

CHAPITRE IV

Etude clinique.

D'après l'exposé des cas que nous rapportons d'un fibrome tordu pendant les suites de couches, il nous reste à dégager le tableau clinique de cet accident rare et qui, comme tel, peut prêter à confusion.

Les différents auteurs qui se sont occupés de la torsion des fibromes en général ont l'habitude de considérer trois formes cliniques : aiguë, lente, et par poussées successives. Nous ne pouvons pas conserver cette division, étant donné que les cas observés ne sont pas suffisamment nombreux et que, dans les deux observations que nous rapportons, le début est toujours brusque, sinon brutal.

Cependant, dans le cas de la malade observée dans le service de M. le Professeur Commandeur, nous pouvons mettre en évidence que l'éclosion des accidents de torsion est précédée de quelques symptômes prémonitoires.

I. **PRODROMES.** — Etant donné une malade chez qui on a porté le diagnostic de fibrome sous-péritonéal pendant la grossesse (Obs. I), et à plus forte raison si ce fibrome paraît pédiculé (Obs. II), l'attention peut être attirée par les faits suivants :

L'accouchement s'étant fait spontanément et n'ayant présenté aucune complication, ni en ce qui concerne l'expulsion du délivre, il faudra noter l'apparition de douleurs abdominales plus ou moins vives et persistantes. Leur siège répond au maximum à celui du fibrome. A noter ensuite la constipation qui peut être très marquée.

A part ces signes fonctionnels, il ne semble pas que l'on puisse compter sur une altération de l'état général, notamment sur une élévation de température, pour faire soupçonner une torsion éventuelle. L'examen physique ne donnera pas, non plus, de renseignements précis à ce sujet, surtout si la tumeur est peu pédiculée. Il sera difficile, en effet, de constater par la palpation ou le toucher combinés une modification dans la statique de la tumeur ou son orientation. Il ne semble pas non plus que l'on puisse observer des modifications de consistance ou de volume qui pourraient en effet se produire sous l'influence des poussées congestives de la tumeur.

Ce sont des phénomènes douloureux, ayant leur point de départ du côté correspondant du fibrome, et que l'examen clinique n'explique pas comme pouvant être dus à une autre manifestation pathologique, qui pourrait faire prévoir les accidents que nous allons décrire.

II. SYMPTOMES FONCTIONNELS ET GÉNÉRAUX. — Marchant de paire, ils attireront l'attention de la malade et du médecin, tant par leur brutalité d'apparition que par leur intensité.

En tout premier lieu, nous devons mentionner la douleur. Elle est très vive, syncopale, réalisant le tableau de la douleur en « coup de poignard » des classiques. Spontanée, mais exagérée par la pressions.

Son siège est manifestement sous-ombilical, mais, vu son intensité, la malade peut difficilement en préciser le siège maximum, d'autant plus qu'elle a tendance à s'irradier à l'abdomen et aux membres inférieurs.

L'état général est rapidement altéré: la température élevée, tout au moins dans l'Observation I que nous rapportons. Le pouls subit une accélération parallèle; le faciès est grippé. Le tout dénotant un épisode infectieux grave.

Il faut noter que, dans les cas qui nous occupent, on ne remarque pas de vomissements alimentaires ou bilieux, ni même de nausées pouvant faire songer à une péritonite généralisée.

III. EXAMEN OBJECTIF. — A l'inspection, on aperçoit le volume anormal de l'abdomen qui persiste malgré la vacuité utérine. Tout se passe comme si la tumeur retardait l'utérus dans son involution.

La palpation est difficile, à cause de l'hypersensibilité des téguments et de la douleur qu'il provoque.

Cependant, en dehors de la tumeur, l'abdomen est moins tendu, décelant par cela même que la réaction péritonéale n'est pas générale.

Le palper indique, en outre, la consistance de la tumeur. Celle-ci est de la dureté caractéristique des fibromes ; à noter cependant (Obs. II) que celle-ci peut être plus ou moins rénitente et donner lieu à une pseudo-fluctuation qui rendrait le diagnostic plus difficile avec un kyste de l'ovaire tordu. Si la douleur ne l'interdit pas, on peut, ainsi que M. Reeb a pu le faire dans l'Observation II, se rendre compte que la tumeur est un peu en dehors de la masse utérine et soupçonner son pédicule. Enfin, on observera que la tumeur fibromateuse est devenue très douloureuse, alors qu'avant sa torsion elle ne l'était pas ou peu.

La percussion nous donnera peu de renseignements. Le toucher, combiné à la palpation, précisera la situation de l'utérus et la déviation que le fibrome lui a fait subir. En imprimant des mouvements, on se rend compte qu'ils se transmettent de l'utérus à la tumeur, et réciproquement. Mais, si le toucher permet *a priori* de mieux préciser les rapports du fibrome avec l'utérus, il arrive qu'il peut rester négatif par suite de la situation haute de la tumeur (Obs. I). Cependant, il faut s'efforcer de le pratiquer, pour être certain que la tumeur douloureuse au palper se rattache bien au corps utérin et non à ses annexes.

Au point de vue de l'évolution, tout indique une affection à marche rapide et de gravité progressivement croissante. Il est donc nécessaire de pratiquer une extirpation de la tumeur sitôt le diagnostic posé.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Le diagnostic de la torsion des fibromes pendant les suites de couches est en somme fort difficile et ne sera souvent posé d'une façon ferme, qu'au moment de l'intervention.

Cependant, il faut distinguer deux cas :

1° La tumeur était diagnostiquée au préalable. L'examen méthodique pratiqué pendant la grossesse avait fait reconnaître l'existence d'un fibrome utérin sous-péritonéal, ainsi que cela avait été fait chez la malade de notre maître, M. Commandeur, où l'examen méthodique, pratiqué par M. Rhenter, en avait reconnu l'existence.

En ce cas, en présence d'une douleur violente et subite, ayant son maximum au niveau du siège de la tumeur et s'accompagnant de phénomènes infectieux

et fonctionnels dramatiques, on pourra songer logiquement à la possibilité de la torsion du fibrome. Le diagnostic différentiel que nous posons plus loin sera de ce fait plus facile.

2° La tumeur n'était pas diagnostiquée auparavant, et l'on peut se trouver en présence d'une femme qui présente des phénomènes douloureux et intenses survenus brusquement après l'accouchement.

Les symptômes principaux, tant objectif que fonctionnels, sont ceux rencontrés dans un grand nombre d'affections aiguës. Cependant, il faut insister sur deux points :

a) Les symptômes douloureux, tant spontanés que provoqués, ont pour siège maximum la région utérine, celle-ci est d'ailleurs retardée un peu dans son involution. Même dans des cas, où le palper ne se heurte pas à une défense trop considérable de la paroi, on pourra percevoir un fibrome, et logiquement soupçonner qu'il est la cause des accidents observés.

b) L'hyperesthésie des téguments le péritonisme plus ou moins marqué, ne peuvent pas, d'autre part, être pris pour une péritonite puerpérale généralisée, car, l'abdomen n'est pas uniformément douloureux et ballonné et que les vomissements alimentaires ou bilieux ne paraissent pas devoir s'observer. Ajoutons enfin que l'on n'observe pas des modifications du côté des lochies, tant dans leur odeur que dans leur abondance.

On pourrait peut-être en outre méconnaître la présence du fibrome et penser que l'on est en présence d'un gros utérus à involution retardée et que l'on assiste à des suites de couches septiques. Cependant, les phénomènes douloureux sont exagérés et doivent nécessairement être mis sur le compte d'une affection surajoutée et indépendante de la grossesse elle-même.

Si les phénomènes fonctionnels très intenses ne permettent pas la découverte du fibrome, c'est seulement à l'intervention que le diagnostic pourra être fait. Si la tumeur a pu être perçue, on pourra essayer de porter un diagnostic.

Les principales affections que l'on aura le plus à écarter sont alors les suivantes :

L'*appendicite*, ainsi que le prouvent les observations rapportées par plusieurs auteurs (le Professeur Vilard, *in* thèse de Pellanda, et Davide, *in* thèse de Blanchard). Dans ces cas, la tumeur empâtée et mal limitée avait des connexions imprécises avec l'utérus. Disons toutefois que ces cas ne s'appliquaient pas à des fibromes tordus pendant les suites des couches. D'ailleurs, l'erreur n'a pas des conséquences graves, puisque l'un ou l'autre de ces deux diagnostics commandent l'intervention.

Le *kyste de l'ovaire tordu* sera d'un diagnostic d'autant plus difficile avec l'affection qui nous occupe que la fréquence des torsions des kystes pendant les suites de couches est beaucoup plus considérable que celle des fibromes. De plus, le tableau clinique est sensiblement superposable. Les différences minimales que l'on pourra observer consistent principalement

dans la dureté habituelle du fibrome, sa mobilité moindre et, en général, son siège de connexion plus étroite avec l'utérus. Cependant, il faut dire que, dans certains cas (Obs. II), le fibrome peut devenir œdémateux et mou, au point de présenter une pseudo-fluctuation, capable d'en imposer pour une tumeur kystique. De plus, certains kystes dermoïdes de l'ovaire peuvent présenter une dureté fibromateuse en quelque sorte, qui fait porter le diagnostic inverse, tel le cas de Lepage et Mouchotte (*in Thèse de Blanchard*).

Mais, dans ces derniers cas, le diagnostic d'espèce est relativement peu important, puisqu'il faut intervenir de toutes façons et que même, ainsi que le dit Blanchard, « la laparotomie s'impose avec un caractère d'urgence, beaucoup plus grand pour les kystes, lesquels aboutissent plus rapidement à la nécrose et à la péritonite que pour les fibromes ».

Quant à la question de savoir si les accidents observés doivent être mis sur le compte, soit d'une torsion du fibrome, *soit de son sphacèle ou de sa suppuration*, cette question importe peu, car si, dans ce dernier cas, le diagnostic est pratiquement impossible, la nécessité de l'intervention s'impose dans tous ces cas.

CHAPITRE VI

Pronostic. — Traitement.

PRONOSTIC. — Il est incontestable que le pronostic de la torsion des fibromes pendant les suites de couches est plus grave qu'en dehors de cette période. La marche rapide des accidents aigus, qui vont toujours en croissant et deviennent de plus en plus dramatiques, font courir à la malade un risque fatal.

Les complications qui peuvent survenir pendant ces moments d'involution utérine, terrain plus favorable pour l'infection puerpérale, imposent la sévérité plus grande du pronostic de cette torsion. En effet, si on envisage la possibilité de la gangrène ou de la suppuration du fibrome consécutives à l'oblitération des vaisseaux sanguins, par suite de cette torsion pédiculaire, la rapidité des phénomènes est alors telle que le chirurgien est exposé à intervenir trop tardivement pour conjurer la péritonite septique.

En supposant même qu'une accalmie a pu se produire, ce qui d'ailleurs ne fut pas observé chez nos

deux malades, on peut se laisser alors tromper et surseoir à la laparotomie, tandis que les diverses complications poursuivent leur marche.

D'autre part les adhérences qui peuvent se constituer solidement entre le fibrome et les organes voisins, peuvent offrir des difficultés à l'opérateur pour l'extériorisation de la tumeur.

Il est donc incontestable que le *pronostic sera d'autant meilleur que l'intervention sera plus rapide*. C'est là un précepte absolu, d'autant plus que l'on ne peut pas souhaiter, en se laissant aller à une dangereuse temporisation, à des conditions opératoires meilleures.

Chez nos malades, l'opération fut pratiquée deux jours après le début de crise douloureuse et dans les deux cas, les résultats opératoires furent bons.

TRAITEMENT. — En présence du tableau symptomatique que nous venons d'exposer plus loin, l'opération doit être résolue et exécutée d'urgence. On ne doit, dans aucun cas, appliquer un traitement purement médical dans le but d'obtenir une guérison ou de faire une temporisation prolongée. Même une erreur de diagnostic ne pourrait justifier cette conduite et nous venons de voir, à propos du diagnostic, que les affections qui peuvent en imposer pour une torsion pédiculaire des fibromes, sont justifiables également d'une intervention immédiate.

L'opération de choix consiste dans la *myomectomie*, s'il n'y a pas d'adhérences elle est d'une extrême simplicité, analogue à l'ablation d'un kyste de l'ovaire.

Dans le cas de M. Réeb, l'ablation de la tumeur fut pratiquée très aisément.

Cependant la myomectomie doit céder le pas à l'*hystérectomie* dès que l'utérus est le siège de lésions inflammatoires anciennes ou récentes, d'une dégénérescence fibromateuse caractérisée par la multiplicité des noyaux ou dès que les trompes ou les ovaires ont des altérations notables, et enfin, lorsque les adhérences périphériques et les altérations du fibrome (nécrose, nécrobiose ou sphacèle) font redouter des accidents inflammatoires.

Ainsi concluerons-nous que les deux modes d'intervention, soit la myomectomie, soit l'hystérectomie, sont justifiables, suivant la nécessité qu'exigent les conditions anatomiques.

la myomectomie reste l'opération désirable, celle qui sera la plus inoffensive et la plus avantageuse pour la malade qui conservera ainsi l'intégrité de sa fonction génitale.

CONCLUSIONS

I. — La torsion des fibromes utérins dans les suites de couches est un accident qui paraît très rare.

II. — Au point de vue symptomatique, les signes en sont relativement imprécis et se traduisent par des phénomènes douloureux spontanés et à la pression abdominale, et par une élévation brusque de température. La réaction péritonéale ne paraît pas très marquée.

III. — Au point de vue diagnostique, il est très difficile de différentier la torsion des fibromes d'autres accidents pouvant survenir dans les suites de couches, comme leur nécrose ou leur suppuration.

IV. — La thérapeutique doit consister dans une laparotomie immédiate, suivie, d'après les conditions anatomiques, soit d'une myomectomie, soit d'une hystérectomie subtotale.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
COMMANDEUR

Vu :
LE DOYEN,
Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 2 Janvier 1924.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

BIBLIOGRAPHIE

- ALBECK. — Pedunculated tortious myoma of the uterus.
(*Ugesk. f. Læger, Kopenh.*, 1919, XXXI, 2120.)
- BERNARD. — *Thèse de Bordeaux*, 1903, n° 158.
- BERNIOLE. — *Thèse de Paris*, 1906.
- BÉRARD. — *Lyon Médical*, 1908, p. 374 ; (in thèse de Lemeland).
- BAS. — *Thèse de Jéna*, 1906.
- BLANCHARD. — De la torsion du pédicule des fibromes utérins sous-séreux pendant la grossesse. (*Thèse de Paris*, 1907.)
- CARRET. — *Thèse de Lyon*, 1912.
- CAPPIE. — *Obstetric journal of Great Britain*, II, p. 303.
- CURCHOD. — Fibrome utérin à pédicule tordu. (*Revue Médic. de la Suisse Rom.*, Genève, 1911, XXXI, 636-8.)
- DAVIDE. — (In thèse Blanchard.)
- DELAUNAY et PILLIET. — *Bull. de la Société Anatomique*, déc. 1896.
- DEMBRIN et BERNARDBEIG. — *Bull. de la Société d'Obst. et de Gyn. de Paris*, mars 1923 ; voir Keller.
- FERRONI ERSILIO. — *Annali di ostetricia e gynecologia*, 1899, p. 342.
- Gaston VIALLE. — Contribution à l'étude des fibromes utérins. (*Thèse de Montpellier*, 1913.)

- GAZIN. — Fibrome utérin sous-péritonéal à pédicule tordu. (*Paris Chirurgical*, 1911, III, 456.)
- GIFT. — Stietorsion bie einem grossen subserösen Myome des Uterus. (*Inaug. dissert. München*, 1902.)
- GUYOT. — Fibrome à pédicule tordu. (*Gaz. hebd. de sc. méd. de Bordeaux*, 1921, XIII, 528 ; *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1921, p. 483.)
- GUNTHER. — *Thèse inaugurale de Iéna*, 1893.
- HEURTEAUX. — *Gazette méd. de Nantes*, 1893.
- KELLER. — Torsion d'un fibrome pédiculé de l'utérus fibromateux. (*Bull. de la Société d'Obs. et de Gyn. de Paris*, mars 1923.)
- KÆBERLE. — *Manuel opératoire de l'ovariotomie* annoté par le Docteur Taule, Paris, 1873, p. 23.
- KLOB. — *Pathologische Anatomie der Weiblichen sexualorgane*, 1864, p. 64.
- LEMELAND. — De la torsion des fibromes utérins sous-séreux et interstitiels. (*Thèse de Paris*, 1909.)
- LEPAGE et MOUCHOTTE. — De la torsion des fibromes au cours de la grossesse. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1906, p. 99-120.)
- MACÉ. — Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des fibromes sous-séreux de l'utérus. (*Thèse de Paris*, 1897.)
- MAREK. — Torse myomü u têhotenstvu. (*Casop. lék. Cesk. Praze*, 1909, XVIII, 1572-74.)
- MAYGRIER. — Torsion d'un fibrome sous-péritonéal à six mois de grossesse. (*Bull. de la Soc. d'Obstétrique de Paris*, 1901.)
- NORDMARK. — Ueber zvei Fælle von Stieltorsion bei subserösen Uterus myomen. (*Inaug. dissert., Strasbourg*, 1909.)
- OUI. — Fibrome utérin à pédicule tordu. (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1913, ii, 464.)

- PLANCHU. — Torsion d'un fibrome pédiculé au cours de la grossesse. (*Bull. de la Société d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1921.)
- PLANQUE. — Contribution à l'étude de la torsion des fibromes utérins. (*Thèse de Paris*, 1879.)
- PELLANDA. — La mort par fibromyomes utérins. *Thèse de Lyon*, 1905.
- PAUCOT et PAQUET. — Torsion d'un fibrome utérin au cours de la gestation. Myomectomie. Avortement. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, février 1914.)
- PIQUAND et LEMELAND. — *Revue de Gyn. et de Chir. abdominale*, 1909.
- PICCINI. — *Annali di Ostetricia di Milano*, féb. 1892.
- POTHERAT. — *France Médicale*, mars 1892 ; (*in thèse Tessier*).
- POZZI (S.) et ROUCHIER (G.). — Fibromyome à pédicule tordu en dehors de la grossesse. (*Société anatomique de Paris*, juillet 1913.)
- ROKYTANSKY. — *Lehrbuch der pathologischen Anatomie*, 1842.
- ROUTIER. — *In thèse Blanchard*.
- SCHWARTZ. — Tibrome sous-péritonéal de l'utérus à pédicule tordu. (*Société d'Obstétrique*, 1900.)
- SCHWARTZ et MERMET. — (*In thèse Lemeland*.)
- VAUTRIN. — De la torsion axiale de l'utérus fibromateux. (*In Revue de Gynécologie et de Chir. abdominale*, 1910. p. 193.)
- VANVERT. — Torsion d'un fibrome utérin en dehors de la grossesse. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1916-1917, p. 565.)
- VERCONTRE. — Etude sur le phénomène de la torsion du pédicule des appendices normaux et pathologiques de la cavité abdominale. (*Mémoire de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie militaire*, t. XXV, Paris, 1879 ; *in thèse Berniolle*.)

- VEINBERG. — Ueber axendrehung Gestielter Myome und myomatoeser Uteri. (*Inaug. dissert.*, Leipzig, 1904.)
- VERTHEIM. — Jaresb. D. Wien. K. K. Kraus, VII, 1901, p. 343.
- TAIT (L.). — *Transaction of the Obstetrical Society*, London, 1880.
- TESSIER. — Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes des annexes pendant la puerpéralité. (*Thèse de Paris*, 1902.)
- TÉDENAT. — In thèse Gaston Vialle.
- TIMES. — *Transation of the London Obstetrical Society*, 1861, II, p. 64.
- TIMMERS. — Torsion von den uterus door fibromyomen. (*Inaug. dissert.*, Leiden, 1891.)
- TERILLON. — *Bull. de la Société de Chirurgie de Paris*, 1889, p. 117.
- TORIMARU. — Ueber Sieltorsion von Myomen. (*Inaug. Dissert. München*, 1911.)
- WIRCHOW. — In thèse Lemeland.
- Xavier BENDER. — Fibrome sous-péritonéal à pédicule tordu compliquant une grossesse de trois mois. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1914.)
-

TABLE DES MATIERES

Avant-propos	7
Introduction.	9
Chapitre premier. — Recherche bibliographique	11
Chapitre II. — Observations	16
Chapitre III. — Réflexions et Essais d'explica- tions pathogéniques	21
Chapitre IV. — Etude clinique	27
Chapitre V. — Diagnostic	31
Chapitre VI. — Pronostic, Traitement.	35
Conclusions	39
Bibliographie	40.
